

Aus der Feststellungs- und Verpflichtungsklage von sechs Zahnärzten gegen die Bundesrepublik

Teil 9: Entstehungsgeschichte von GOÄ und GOZ

In dieser Folge geht es weiter mit der Gebührensystematik von GOÄ und GOZ sowie den Auswirkungen auf die Vergütungspolitik. Die Feststellungsklage, die vom BDIZ EDI initiiert und vom Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak erarbeitet wurde, liegt dem Verwaltungsgericht Berlin und natürlich dem Bundesgesundheitsministerium vor.

Gebührenssystematik von GOÄ und GOZ

Seit GOÄ 1982 und GOZ 1988 gilt folgende Gebührensystematik:

1. Der Punktwert hat die Aufgabe, die wirtschaftliche Entwicklung abzubilden.
2. Die Spannenregelung soll es ermöglichen, unter Berücksichtigung aller Umstände im Einzelfall eine angemessene Vergütung zu erreichen.

Wirtschaftliche Entwicklung

Das Statistische Bundesamt ermittelte für den Zeitraum 1950–2022 einen durchschnittlichen Anstieg des Bruttoinlandprodukts preisbereinigt um 3,1 % jährlich.

Der Durchschnittswert lag in den Jahren 1980–1991 bei 2,6 %, in den Jahren 1991–2000 bei 1,6 %, in den 2000er-Jahren bei 0,9 % und in den 2010er-Jahren bei 1,2 %, in den beiden 2020er-Jahren bei 2 %.

Der Punktwert der GOÄ 1982 von 10 DPf = 5,11292 Cent hätte – um der preisbereinigten Entwicklung des Bruttoinlandprodukts zu folgen – vom 01.01.1983 bis zum 31.12.2022 auf **9,28556 Cent** steigen müssen. In der GOÄ beträgt er aktuell 5,82872 Cent. Die Punktwertanhebung müsste also **59,31 %** betragen, was ziemlich genau der Punktwertsteigerung in der GOZ 2022 entspricht.

In der GOZ hätte der Punktwert seit dem 01.01.1988 entsprechend steigen müssen auf **8,16717 Cent**.

Stattdessen beträgt der Punktwert aktuell 5,62421 Cent.

Die erforderliche Steigerung betrüge **45,21 %**.

Die Preisindexveränderung von 1950–2022 ist vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht:



Nimmt man für die Messung der durchschnittlichen Teuerungsrate den Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes, Lange Reihe ab 1948 (Basisjahr 2020), dann betrug der Indexwert 1983 für alle privaten Haushalte 76,7; 1988: 81,3 und der Verbraucherpreisindex 2022: 110,2.

Daraus errechneten sich Punktwertanpassungen um 33,5 % für die GOÄ (= 7,78135 Cent) bzw. 28,9 % für die GOZ (= 7,24961 Cent).

Auf dem Verbraucherpreisindex stellt das Bundesministerium für Gesundheit bei den (zahn-)ärztlichen Gebührenordnungen selbst ab (BR-Drs. 566/11 vom 21.09.2011, S. 47):

„Die Beträge werden entsprechend der Kostensteigerung seit 1996 (Inkrafttreten der letzten GOÄ-Novellierung bis zum Inkrafttreten der GOZ) angepasst. Die Erhöhung des Kostenanteils orientiert sich an den Angaben des Statistischen Bundesamtes zum Verbraucherpreisindex im Bereich Waren und Dienstleistungen für Privatfahrzeuge. Die Erhöhung des Aufwandsanteils entspricht der allgemeinen mit dieser Verordnung vorgesehenen Honorarsteigerung.“

Die Wahl dieses Parameters wäre also ebenfalls ein denkbarer Aspekt.

Betrachtet man die Punktwertentwicklung beim BEMA-Z, so liegen seitens der KZBV Daten seit 1985 vor. Für den Vergleich konzentriere ich mich auf den Punktwert für die Primärkassen (AOKen, Innungskrankenkassen, Betriebskrankenkassen) für den Bereich der sog. alten Bundesländer und des BEMA-Teil 1 (konservierend-chirurgische Leistungen).

Hier liegen seitens der KZBV Daten für 1985 und dann lückenlos ab 1990 vor. Das reicht für eine näherungsweise Berechnung der erforderlichen GOZ-Punktwertentwicklung ab 1988.

Der Punktwert betrug 1985	0,6161 €.
Der Punktwert betrug 2021	1,1619 €.
Der entsprechende Punktwert beträgt bei der KZV Bayern im Jahr 2023	1,1908 €.

Die Steigerung von 1985–2021 beträgt 88,59 %, bis 2023 sind es 93,28 %.

Auswirkungen der Vergütungspolitik auf die ambulante Versorgung

Immerhin fand im ambulanten Bereich eine Erhöhung statt (11,4 % bei den Ärzten in den 41 Jahren seit 1982, 11,0 % bei den Zahnärzten in den 35 Jahren seit 1988). Dass diese insgesamt viel zu gering ausfiel, kann man zurzeit in Berlin und bundesweit an den vehementen Protesten der niedergelassenen Ärzte gegen die Politik des Bundesministeriums für Gesundheit sehen.

Die Ärztezeitung online vom 09.09.2023, 15:22 Uhr, berichtete über die Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe vom selben Tag und die Rede des Vorstandsvorsitzenden. Zwei Passagen sind im Zusammenhang mit der Klage von Interesse:

Die Rede Spelmeyers war geprägt von der Wut über die aktuelle Gesundheitspolitik und die vielen seiner Meinung nach leeren Versprechungen von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD). „Ich habe verdammt schlechte Laune.“ Als Gründe nannte er die Abschaffung der Neupatientenregelung, die Verweigerung einer adäquaten Finanzierung der Praxen, das Durchdrücken nicht funktionierender digitaler Produkte oder den Eingriff in die Tarifverhandlungen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen.

In der Politik mangle es an politischer Rückendeckung für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und ihre Teams, kritisierte er. „Wir haben mit keiner Unterstützung oder Rettungsaktionen für unsere Praxen zu rechnen.“ Das Gegenteil ist seiner Meinung nach der Fall: „Man arbeitet im politischen Berlin daran, die ambulante Medizin umzugestalten und – davon bin ich fest überzeugt – uns zu ersetzen.“

Den Eindruck, dass der jetzige Bundesgesundheitsminister die bisherige Form der ambulanten Versorgung zugunsten eines NHS-Modells aufgeben und dies dadurch erreichen will, dass er die Tätigkeit im niedergelassenen Bereich möglichst unattraktiv macht, haben sehr viele Ärzte und Zahnärzte und die Kläger auch.

Es gibt in Deutschland die paradoxe Situation, dass die Zahl der approbierten Ärzte von Jahr zu Jahr steigt, auch die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, aber dennoch immer eklatanter sich auswirkender Ärztemangel herrscht.

Zum 31.12.1996 waren in Deutschland 279.400 Ärztinnen und Ärzte tätig.

Zum 31.12.2022 waren es 421.300.

Das ist eine Zunahme um 50,79 %.

Für die Vertragsärzteschaft liegen keine so weit zurückreichenden Informationen öffentlich zugänglich vor.

Die KBV gibt in ihrem Geschäftsbericht 2005, S. 73 die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen, angestellten und ermächtigten Ärzte für Ende 2004 mit 131.119 an, und für 2022 mit 125.706

Die Grafik der KBV zur Entwicklung seit 2013 aus dem QR-Code spricht für sich.



Die Entwicklung lässt sich anhand der Daten zur Bedarfsplanung gut nachvollziehen. Für meine Vorlesungstätigkeit recherchiere ich zweimal jährlich die Niederlassungssituation in den bedarfsbeplanten ärztlichen Fachgebieten für den Bereich der KV Baden-Württemberg. Diese publiziert die Ergebnisse sehr anschaulich als Grafik. Dabei konzentriere ich mich jeweils auf den Bereich der Hausärzte (umfasst Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten), als die für die ambulante Versorgung wichtigste Fachgruppe.

2012 waren alle bedarfsbeplanten ärztlichen Fachgebiete gesperrt. Das bedeutete, dass sich ein Arzt nicht einfach als Vertragsarzt niederlassen oder in einer Vertragsarztpraxis anstellen lassen durfte. In das System der vertragsärztlichen Versorgung kam ein Arzt im Grunde nur rein, wenn ein anderer ausschied.

2023 wird händeringend und mit viel (auch finanziellem) Aufwand nach Hausärzten gesucht, die in das System der vertragsärztlichen Versorgung rein wollen. Neugründungen und Praxisübernahmen werden von der KV Baden-Württemberg mit bis zu 80.000 € gefördert (§ 3 Abs. 2 ZuZ-Richtlinie), Kooperationen mit bis zu 120.000 € (§ 3a Abs. 2, 1. Aufzählungszeichen ZuZ-Richtlinie). Alle Kassenärztlichen Vereinigungen haben solche Förderprogramme. Bei allen sieht es in den Fachgruppenentwicklungen dennoch gleich aus.

Diese Fragestellungen sind nicht abstrakt oder beschreiben nur ein theoretisches Problem, allenfalls ge-

eignet für philosophische Betrachtungen. Dieselbe Situation herrscht bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben dieselben Sorgen.

BMG ist verantwortlich für die Situation

Dafür trägt das Bundesministerium für Gesundheit unmittelbare Verantwortung. Man hat jahrzehntelang versucht, die Ärzte- und Zahnärzteschaft von der allgemeinen Einkommensentwicklung abzukoppeln. Die Folge: der einst attraktive Beruf hat seine Attraktivität eingebüßt. Die Bevölkerung spürt die Konsequenzen unmittelbar und bundesweit. Es lohnt sich nicht mehr, sich „reinzuhängen“. Wer Medizin/Zahnmedizin studiert hat, sieht sein Lebensziel nicht mehr in der eigenen Praxis, sondern in der Anstellung, meist in Teilzeit, oder patientenfernen Berufen oder gleich im Ausland.

Das Bewusstsein für die Folgen der Unterfinanzierung ist nicht neu, wird nur weder in der Öffentlichkeit noch beim Bundesgesundheitsministerium zur Kenntnis genommen. Die damalige 2. Stellvertretende Vorsitzende der KV Bayerns, Dr. Ilka Enger, äußerte in einem Interview in der Ärztezeitung (online veröffentlicht am 22.11.2011):

„Sie könne das Schlagwort von der Feminisierung der Medizin nicht mehr hören. Denn dahinter stehe der unausgesprochene Vorwurf, dass Frauen in der Medizin auch ein Grund dafür sind, dass es einen Ärztemangel gibt.“

In Wirklichkeit müsse man sich jedoch die Frage stellen, ob nicht vor allem deshalb mehr Frauen Medizin studieren, weil die Bedingungen des Arztberufs schlechter geworden sind und der Beruf wegen der fehlenden finanziellen Sicherheit für Männer nicht mehr interessant genug ist.“

Wie man die Dinge auch betrachtet, der IST-Zustand bei GOÄ und GOZ ist mit seinen Konsequenzen für die (Zahn-)Ärzte und das Gemeinwesen jenseits aller rechtfertigbaren Untätigkeit angelangt.

Das Verhältnis GOÄ : EBM und GOZ : BEMA-Z sollte nach dem Normdesign des Ordnungsgebers dem einfachen Steigerungsfaktor entsprechen.

RAT



leading regeneration

175
years

Geistlich



30 Jahre Geistlich
Deutschland

Geistlich Deutschland feiert Jubiläum!

Jetzt
mitfeiern
und einmalige
**JUBILÄUMS-
VORTEILE**
sichern

Angebotszeitraum:
23.02.–22.03.2026

Bestellen unter
shop.geistlich.de oder
Tel: 07221 4053-700

